



PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17
 Versión: 1.0
 Fecha: Marzo 06 de 2019
 Pagina: 1 de 4

FORMATO
HOJA DE VIDA
 POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
 CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFACESAR

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ACEVEDO	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) ORTIZ	NOMBRES ANA ISABEL
---------------------------------------	---	----------------------------------

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 6° A 11° DE

EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO						
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	MES	12	AÑO	2	0	1	2

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA) TL (TECNOLOGIA) TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
 ESP (ESPECIALIZACION) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

ACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN LA LEY).

MODALIDAD ACADEMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION					No DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
TC	2	X		TECNICO EN SISTEMAS	12	2	0	1	2	
TC	2	X		ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS	12	2	0	1	7	
TC	2	X		ADMINISTRACION Y CONTROL DE INVENTARIOS	11	2	0	1	7	
TC	2	X		ADMINISTRACION Y RECUPERACION DE CARTERAS DE CREDITO	12	2	0	1	7	
TC	2	X		INVESTIGACION DE ACCIDENTES E INCIDENTES	12	2	0	1	7	
CURSO	1	X		ACTUALIZACION LEGAL RIESGOS LABORALES	7	2	0	1	7	
CURSO	1	X		TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	8	2	0	1	7	
TL	3		X	SG- SST						EN CURSO
UN	2		X	INGENIERIA DE SISTEMAS						EN CURSO



PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17
 Versión: 1.0
 Fecha: Marzo 05 de 2019
 Pagina: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL											
EMPRESA O ENTIDAD PROMOTORA OS SAS						PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CESAR				MUNICIPIO VALLEDUPAR				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD activo.promotoraos@gmail.com			
TELÉFONO 5901411		DÍA 1 1		MES 0 2		AÑO 2 0 1 5		DÍA		MES	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVO - CONTABLE						DEPENDENCIA			DIRECCIÓN CARRERA 10 N° 14-89		
EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD OVA SEGUROS						PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO CESAR				MUNICIPIO VALLEDUPAR				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD ova.seguros@hotmail.com			
TELÉFONO 5892988		DÍA 1 0		MES 0 5		AÑO 2 0 1 4		DÍA 0 8		MES 0 2	
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIA						DEPENDENCIA			DIRECCIÓN CARRERA 11 N° 14-92		
EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD						PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES	
CARGO O CONTRATO ACTUAL						DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD						PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES	
CARGO O CONTRATO ACTUAL						DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD						PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES	
CARGO O CONTRATO ACTUAL						DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		



PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17
Versión: 1.0
Fecha: Marzo 06 de 2019
Página: 3 de 4

4- PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO					

RESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO					



PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE
COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17
 Versión: 1.0
 Fecha: Marzo 06 de 2019
 Pagina: 4 de 4

5 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	5

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

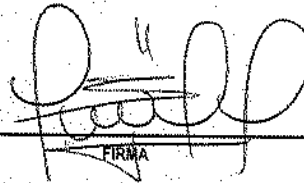
ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO

SI NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

CENTRAL O CONFEDERACION

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER EL CARGO DE CONSEJERO DIRECTIVO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFACESAR



 FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACION